

Formulario de Coordinación de Beneficios/Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados

¿Sabía que ahora puede enviarnos sus reclamaciones de medicamentos recetados por vía electrónica?
Inicie sesión en express-scripts.com y seleccione "Benefits" (Beneficios) > "Forms & Cards" (Formularios & Tarjetas)

»» Información del Titular de la Tarjeta *Consulte su tarjeta de identificación para medicamentos recetados.*

N.º de Grupo

Identificación del Miembro

Nombre del Miembro Apellido del Miembro

Dirección

Ciudad Estado Código postal

»» Información del Paciente

Nombre del Paciente Apellido del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente (Mes/Día/Año)

Sexo Femenino Masculino

Parentesco con el Miembro del Plan

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Miembro | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente Discapacitado |
| <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge | <input type="checkbox"/> 6 Padre o Madre Dependiente |
| <input type="checkbox"/> 3 Hijo Elegible | <input type="checkbox"/> 7 Pareja No Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> 4 Estudiante Dependiente | <input type="checkbox"/> 8 Otro |

»» Información de la Farmacia

Nombre de la Farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluya el código de área)

¿Es una farmacia en un hogar de ancianos? Sí No

Por la presente certifico que los cargos que se muestran por los medicamentos recetados son correctos y acepto proporcionar a Express Scripts o a sus agentes un acceso razonable a los registros relacionados con los medicamentos administrados a este paciente de acuerdo con la ley correspondiente. Reconozco además que el reembolso se pagará directamente al miembro del plan y que la cesión de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte es inválida.

X
Firma del Farmacéutico o Representante

NCPDP/NPI Obligatorio

Si este reembolso es para un kit de prueba de COVID-19 para realizar en el hogar, no se requiere la firma del farmacéutico ni el NPI.

»» Certificación

Certifico que los medicamentos descritos fueron recibidos para ser utilizados por el paciente arriba mencionado, y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy elegible para los beneficios de medicamentos recetados. Certifico que los medicamentos descritos no fueron para una lesión en el trabajo. Al completar este formulario, reconozco que el reembolso se me pagará directamente a mí y que la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte es nula.*

X
Firma del Miembro

X
Fecha

* Si la ley lo permite, puede ceder el pago de esta reclamación a su farmacia. Si la farmacia está dispuesta a aceptar la cesión, no llene este formulario. Solicite que la farmacia se ponga en contacto con Servicios de Farmacias al 800.922.1557 para recibir ayuda.



»» Recibos de la Reclamación

Pegue los recibos o las facturas detalladas en el reverso.

Marque la casilla correspondiente:

Receta de un preparado farmacéutico
Asegúrese de que su farmacéutico anote TODOS los costos, las cantidades y los números VÁLIDOS de NDC para cada ingrediente en el reverso de este formulario y adjunte los recibos.

Medicamentos Comprados fuera de los Estados Unidos

País
Moneda con la que pagó

Medicamento para alergias
 Kit de prueba de Covid

Nombre del kit

Cantidad de kits

Fecha de compra

Esta prueba fue adquirida por el cliente para uso personal o para el uso por parte de un miembro del plan con cobertura y no fue adquirida con fines laborales.

Esta prueba no será reembolsada por otra fuente ni se revenderá.

Otra Aseguradora Pagó esta Reclamación por Error.

Asegúrese de que se proporcione una carta de cobro detallada con su recibo.

Coordinación de Beneficios

Marque la casilla correspondiente a su método de cobertura principal.

¿Otro seguro ha pagado la totalidad/parte de esta reclamación?

Sí No

¿Se incluye una Explicación de Beneficios?

Sí No

¿Se trata de una reclamación de tarjeta de descuento?

Sí No

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o una solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea relacionada con dicha reclamación, puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito, y podría estar sujeta a sanciones penales o civiles, incluidas multas o penas de prisión, o a la denegación de beneficios.

